

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家 族 (あんま・マッサージ専用)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)			
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	2 傷病名		3 発病または 負傷年月日	平・令 年 月 日	
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。			
	5 施術を受けた施術所等の	名称		所在地	
		診療した医師等の氏名		施術に要した費用 円	
	6 施術期間(支給期間)	(令和) 年 月 日	から	年 月 日	まで
7 同意記録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
	同意医師				
	再同意医師				